

VÉCU PSYCHIQUE POST OPÉRATOIRE

DIU Transsexualisme

Mars 2016

Jennifer Huet, psychologue clinicienne, psychanalyste

I. PRÉSENTATION

- Le travail du psychologue en chirurgie plastique: Penser l'après...

PENSER SA PLACE ET SON RÔLE: PRÉALABLE INDISPENSABLE À TOUT TRAVAIL AVEC NOS PATIENTS

- Comment procédons-nous? :
- Consultation avec le chirurgien et consultation avec le psychologue
- Consultation psy obligatoire mais spécifier le pourquoi et le comment
- Pourquoi: Dimension somatique et psychique sont liées
Répercussions sur le psychisme d'une action sur le corps
- Comment: Pas dans l'évaluation du syndrome transsexuel mais dans l'accompagnement et le repérage d'éventuelles fragilités psychiques
- RCP: proposer des éclairages sur la problématique du patient, le fonctionnement psychique, attentes et demande.

LE TEMPS DE LA RENCONTRE PRÉ OPÉRATOIRE

- 1) Présentation de l'équipe de chirurgie: (temps nouveau)
- Pour qui?
- Les patients qui en font la demande au psychiatre ou à l'endocrinologue dans le but de s'informer (de pouvoir se projeter, faire un choix de chir...)
- Quand le psychiatre ou l'endocrinologue demandent un avis chir
- Objectifs:
- Prise de contact, Valeur de rencontre et d'information
- Répondre aux questions des patients sur la chirurgie
- Préconiser un travail de psychothérapie
- Dans tous les cas: attention à ne pas induire de demande, de passage à l'acte!

2) TEMPS PRÉ OP: AVANT RCP CHIRURGIE

- - Dans l'objectif d'une présentation prochaine à la RCP chirurgie
- Patients bien avancés dans leur parcours, déjà hormonés, expérience en vie réelle assumée, se préparant à « terminer » leur transition avec l'opération.

Objectifs: travail de mise en lien (les entendre se raconter, avant, maintenant et après).

- De la souffrance initiale à l'identification de la souffrance transsexuelle
- De la souffrance transsexuelle à son soulagement par la demande de THC
- De l'expérience de transition à la demande de chirurgie
- Enonciation sur les attentes tant sur le corps que sur leur « nouvelle vie »
- Proposition d'un travail de soutien ou de psychothérapie si indication

PROPOSITION D'UN TEMPS DE RENCONTRE ENTRE PATIENTS PRÉ OP ET PATIENTS POST OP POUR LES MTF

- Le groupe comme partage d'expériences (illusions, attentes idéalisées...)
- S'adresse aux patients qui se préparent à être opérés et à ceux qui sont déjà opérés.
- Du côté des patients en pré op: pouvoir se projeter, travailler sur les attentes
- Du côté des patients en post op: témoigner (objectif premier) mais finalement offre la possibilité d'un travail de mise en lien (mise en sens) en se racontant, développe sentiment d'utilité (transmission), de valorisation mais permet aussi d'élaborer dans l'après-coup quelque chose de son parcours, de ses difficultés à une tentative de solution.

Communauté de « femmes transsexuelles » en dehors d'une dimension militante, soutien et entraide.

TEMPS DE L'HOSPITALISATION

- Temps d'accompagnement clinique, au chevet du patient
- Pouvoir accueillir leurs premières impressions, peurs, joies, douleur, ...
- Faire le lien avec les équipes soignantes (travail institutionnel, en équipe avec les infirmières, AS, médecins)
- Faire le lien entre le patient et les équipes soignantes
- Recevoir les familles ou accompagnants
- Préparer la sortie

TEMPS POST OPÉATOIRE

- 1) Patients orientés par le chirurgien
- Patients pour lesquels le chirurgien perçoit une souffrance psychique à accompagner, dépression ou « babyblues » post opératoires et complications psychiques post op
- 2) Demande des patients
- A partir des questions subjectives qui mènent un patient à demander à rencontrer un psychologue avec ou sans rapport direct avec la THC.

D'OÙ TU PARLES?

- 1) Le lieu de la demande
- 2) L'adresse de la demande
- D'autant plus quand on est face à une problématique identitaire
- Le lieu: de quelle place on parle, de quelle place se fait la demande (médecin, psy, homme, femme, enfant, épouse, mère, mari, personne en souffrance, soignant...)
- Autant de lieux de parole qu'il y a de lieux d'identification.
- Très important d'identifier de quelle place on parle dans la relation au patient. Partir de la demande du patient pour lui donner une réponse.
- L'adresse: à qui on parle (femme, enfant, épouse, amant, père, trans...)
- En fonction du lieu de l'adresse, je ne parlerai pas de la même façon.

LA DEMANDE

- Il est toujours question d'une rencontre, dans notre cas entre un patient et un soignant.
- Rencontre signifie toujours plusieurs instances qui se rencontrent, chez la personne elle même (patient comme soignant, identifications conscientes et inconscientes, conflits psychiques conscients et inconscients...) et chez l'autre de la rencontre.
- Les représentations du patient rencontrent nos propres représentations et vice versa.
- Ex: patiente qui me demande comment nous, professionnels accompagnants, concevons-nous nos patients opérés, comme des femmes? Des hommes? Des transsexuels? Des malades mentaux? Ou encore, pensons nous que le sexe biologique qui fasse le genre? Pourquoi opérions-nous des patients?
- Nos propres représentations influent nécessairement sur nos patients, surtout quand on est pris dans la dimension d'une demande, d'autant plus quand cette demande passe par l'Autre (évaluation) et que sa satisfaction passe par le regard de l'autre (être identifié homme ou femme).

VÉCU ET NATURE DE LA DEMANDE CHEZ LES PATIENTS

- Lacan va montrer que derrière toute demande, se loge une demande d'amour.
- Cette notion n'est pas étrangère dans le travail que nous menons avec nos patients.
- Le patient qui vient consulter, prend conscience de 2 choses: qu'il est complètement dépendant de l'Autre (médical) pour la satisfaction de son besoin (ici la demande de THC) avec toutes les mobilisations psychiques que peut entraîner ce vécu de dépendance) et qu'il est soumis au « bon vouloir » de cet Autre, à sa toute puissance (accepter ou refuser sa demande, l'assouvir, la différer, la mettre au travail...)
- Derrière toute demande manifeste (celle que j'énonce, que je perçois de moi-même, que je verbalise à un autre et à moi même, ici être une femme, un homme...) se profile une autre demande latente (être reconnu(e), aimé(e), trouver une place dans la société, trouver un mari, une épouse, être réparé(e) de mes souffrances, aimé(e) par mes parents...)

LA QUESTION DE LA DEMANDE EN CHIRURGIE

- La particularité de la demande transsexuelle c'est qu'elle concerne le corps (Modification de l'apparence, de la tenue vestimentaire, de la coiffure, pilosité, de la peau, de la voix, des organes génitaux, ...)
- La chirurgie implique un traitement particulier du corps. Corps exposé, montré, observé, manipulé, touché.
- Véhicule des fantasmes d'exhibition et de voyeurisme
- Salle d'attente peut d'ailleurs être vécue comme lieu où l'on s'expose
- Rencontre entre imaginaire et le réel avec toute la dimension de violence que ça peut représenter (fantasme et réalité, dimension potentiellement traumatique)

LA CHIRURGIE COMME « LIEU DU CRIME »

- Métaphores liées au meurtre tant dans l'acte de chirurgie lui-même et des fantasmes véhiculés par la chirurgie (violence, barbarie, peau dépecée, scalpée, arrachée, nécrosée, sang et l'hémorragie réelle ou fantasmée, mort...) mais aussi dans la dimension de meurtre identitaire (déconstruction avant reconstruction, meurtre avant de revivre même si meurtre de l'ennemi, c'est un lieu où on perd avant de retrouver).
- D'ailleurs les patients demandent d'abord « enlevez moi mes seins que je supporte plus, ma verge, mon utérus, ... » Demande vise en premier lieu la séparation, la perte...le meurtre.
- Dans l'après, « il fallait d'abord « tuer » Jean pour retrouver Jeanne (ou la trouver) »
- La « renaissance » suppose le « meurtre », les retrouvailles supposent la perte.

II. COMMENT LE PSYCHISME TRAITE LA TRANSFORMATION CORPORELLE

Les complications psychiques post opératoires chez les MtF

EXPLICITATION DU TERME « COMPLICATIONS » :

Chez les M to F, l'opération chirurgicale ayant pour objectif de reconstruire un sexe féminin à partir d'un masculin biologique, les conséquences psychiques, heureuses ou non, passent nécessairement par des complications, les unes structurantes, les autres destructurantes.

COMPLICATIONS DITES STRUCTURANTES

- Réponse singulière mais normale du psychisme aux remaniements vécus dans le corps. A l'inverse des complications chirurgicales:
 - étapes constitutives du processus de changement,
 - d'un féminin pressenti à un féminin « vécu corporellement »
 - du passage d'une « conviction féminine » à son inscription dans la réalité même du corps.

« Ce n'est pas la même chose d'avoir un sexe dans la tête et de voir, par la suite, ce sexe mis au grand jour » comme me dira une patiente.

VERSANT DESTRUCTURANT

- Peut mener à une désorganisation psychique transitoire ou durable, voire à une décompensation psychotique.
- Les plus observées: dépression mais aussi épisodes de dépersonnalisation, BDA, mélancolie, psychoses.
- Peuvent être transitoires

REGRETS

- On a l'habitude de mesurer les conséquences positives ou négatives de l'opération sur le psychisme en fonction de la présence ou absence de regret dans les propos des patientes.
- Or ce mode d'évaluation empêche nos patientes de parler d'angoisses ou mal être post opératoires car menace de faire échouer entreprise commune et pour certaines, mettre en doute l'authenticité d'une souffrance qu'elles s'efforcent de nous faire entendre depuis longtemps. « J'ai peur que vous pensiez que je regrette » (appréhension très fréquente)

VÉCU PSYCHIQUE DES COMPLICATIONS CHIRURGICALES

- Donner un sens à ce qui est souvent vécu comme un « échec » identitaire.
- La dimension du « savoir » (connaissance des risques) s'oppose à celle du « vécu ».
- Dimension de culpabilité, obstacle supplémentaire
- Réel (corps) s'oppose à sa dimension imaginaire, bute sur la question de la limite (corps, science)

« RENAISSANCE »

- La plupart de nos patientes reconnaissent que la « renaissance » n'est pas exempte de souffrances ≠ à ce qu'elles imaginaient au lendemain de l'intervention (souvent pour elles étape anodine).
- Clinique montre que les patientes en post opératoire doivent faire face à une autre forme de souffrance, à laquelle elles ne s'attendaient pas malgré nos mises en garde, souffrance plus difficile à penser, à appréhender (souffrance sans support)

LE RAPPORT AU FÉMININ

- L'intervention chirurgicale, plutôt que de parachever leur transition vers le sexe désiré, viendrait en réalité fragiliser (car réinterroger) chez elles la question du féminin et de la féminité.
- « On ne naît pas femme, on le devient » (S. de Beauvoir) et ce devenir, cet enfantement de soi même, semble se faire immanquablement dans la douleur. Question de la psychogénèse du féminin.
- La féminité n'est pas le féminin. La féminité est ce que la femme donne à voir pas sa parure (maquillage, coiffure, bijoux...du côté de la mascarade) pour se détourner de l'impensable sexe féminin.

OUVERTURE SUR LE FÉMININ

- Avec cette opération, prend corps un premier questionnement sur ce qui leur apparaissait avant comme une évidence, une certitude.
- L'intervention vient ébranler une conviction depuis longtemps établie, non pas celle d'être une femme mais celle d'avoir un Savoir sur la féminité.
- Si elles restent, pour la plupart, convaincues de leur destin féminin, une interrogation naît car après tout, « qu'est ce qu'une femme? »

LE DEVENIR FEMME

- C'est donc principalement en référence au devenir femme que les complications psychiques peuvent advenir, complications gérées par chacune en fonction de ses possibilités psychiques structurelles propres.
- Ce n'est que face à l'irréversibilité du changement de sexe qu'elles semblent pouvoir se poser la question du regret, depuis la simple nostalgie jusqu'à la désillusion.
- Dans cet acte simultané d'amputation et de retrouvaille avec un elles-mêmes jusque là fantasmé, quelque chose de la perte et de la conflictualité est mis en jeu, se travaille, se négocie. (Trouvaille, objet perdu-recréé pour les patientes)

I. LES COMPLICATIONS PSYCHIQUES STRUCTURANTES

Dans processus opératoire dit normal

POST OP IMMÉDIAT

1) Rencontre avec le corps de la science

- Difficultés à entendre parler des complications post opératoires dans l'avant car sont focalisées sur les bénéfiques, représentations liées à l'intervention sont idéalisées.
- Période d'hospitalisation très souvent mal vécue psychiquement. Alitées, sondées, faibles, dépendantes et douloureuses, la représentation de ce corps affaibli et diminué mobilise angoisses.

LA « RENCONTRE » AVEC LE CORPS BIOLOGIQUE

- Lors d'une hospitalisation en chirurgie, c'est le corps biologique qui est au 1^{er} plan.
- Le corps imaginaire (corps image) privilégié par nos patientes est mis pour un temps en sourdine et impression que le chirurgien et la patiente ne parlent pas la même langue quand il s'agit de parler du corps.
- Corps de la féminité que les patientes s'employaient à embellir voit son éclat diminuer. Pas de maquillage, bijoux, vêtements féminins habillant ce corps qui appartient à médecine.
- Revient à penser la passion des transsexuels pour la féminité (attributs phalliques, féminité mascarade) et non pour le féminin.

OBSERVATIONS ET CONSÉQUENCES

- Effraction de la réalité du corps, comme si en prenaient conscience pour la 1^{ère} fois.
- Rencontre avec le corps biologique ébranle attirail défensif construit jusqu'ici sur la réclamation d'un sexe qu'elles n'avaient pas. La défense qui se situait autour de cet appendice qu'elles ne pouvaient accepter, tombe et renforce certains facteurs de fragilité.
- Cette rencontre avec corps biologique en induit une autre: rencontre avec la réalité biologique de la différence des sexes.
- Prise de conscience du sexe anatomique: confrontation au réel de leur nouvelle anatomie, en tant que femme, elles manqueront toujours de quelque chose: utérus, ovaires, règles, sans possibilité d'enfanter. Femme avec prostate, chromosomes masculins, stérile. Rebecca constate avec humour : « *Je n'oublie pas ce que je suis, j'ai une chatte en peau de couilles mais je commence à en voir le bout !* ».

OUVERTURE SUR LA PERTE, LE MANQUE

- Apparaissent alors premières formes de deuil d'un féminin biologique.
- Inadéquation entre ressenti subjectif (se sentir femme) et corps transformé.
- Propos rassurants du chirurgien sur les risques hémorragiques suscitent fortes angoisses de mort, peur de se vider de son sang et d'en mourir. Tentent de ramener ce sang qui s'écoule de leur sexe à une identification féminine, hémorragie d'1 accouchement, 1ères règles ou défloration (privation)

PERTE, DÉPRESSION ET CULPABILITÉ

- Vécu d'un corps douloureux et diminué provoque angoisses de perte (vie, sang, vitalité, objets aimés) et mises en lien avec culpabilité d'avoir transgressé les lois de la nature pour devenir femme.
- Crainte d'avoir enfanté corps monstrueux introduit représentations mortifères à l'endroit de ce nouveau-né « cadavre entre les jambes » (comme si disposait encore de son appendice mais mort) ou « cette plaie » (féminin se construirait sur castration réelle) Culpabilité ++
- Affects souvent de nature dépressive, douleur prend une place bien particulière: occupe l'esprit et permet de se concentrer sur corps plutôt que idées dépressives et angoissantes et corps entier plutôt que sur partie manquante.

PAS DE MANQUE DU « MEMBRE FANTÔME »

- Au lendemain de l'intervention: agréable surprise, celle de ne pas ressentir le manque du « membre fantôme ». Soulagées de ne pas éprouver de manque, rupture, en parlant de la simultanée absence et présence du sexe perdu retrouvé « C'est naturel, comme si il avait toujours été là. »
- Intéressant d'entendre qu'elles s'attendaient à éprouver un manque lié à séparation d'avec cet objet méprisé.
- Premier et seul moment forme attachement à cet objet physique et psychique à ce sexe masculin comme appendice (pas objet de la sexualité).

DISPARITION DU SEXE MASCULIN

- Ne manquent jamais de vérifier qu'il est bien parti, c'est la 1^{ère} chose qu'elles demandent au réveil. S'agissait-il avant tout de ne plus être un homme?
- Dès que pansement compressif est retiré, ne se dirigent pas vers les retrouvailles mais vers vérification disparition du sexe masculin.
- Sabrina: « j'ai demandé à ma mère de vérifier que je n'avais plus mon sexe, j'avais besoin de le voir pour le croire ».

A UN NIVEAU INCONSCIENT

- Rêves présentés sous forme de cauchemars, montrent bien qu'à 1 niveau inconscient, deuil de l'objet réel ne se fait pas aussi simplement.
- Qq mois ou années après l'opération, dans leurs pires cauchemars, se voient faire le chemin inverse, de la féminité à la masculinité.
- Pour d'autres, deuil d'un masculin premier plus problématique. Une patiente s'est réveillée pendant la nuit en cherchant de ses mains ses organes génitaux masculins. Saisie d'émotions, elle dit « je n'avais plus mon kiki » Formule enfantine et au passé, comme si racontait mauvais rêve d'enfant.

POST OPÉRATOIRE IMMÉDIAT, QUESTION DES REGRETS

- Evoquent souvent la question des regrets sans jamais clairement les formuler à la 1^{ère} personne. Me demande si j'ai connu des patientes qui regrettaient, souhaitaient le retour dans l'autre sexe, si c'est vrai que certaines transsexuelles se suicident après l'opération ou deviennent folles.
- Dans le milieu, « babyblues » pour décrire phénomène de tristesse, fragilité et déprime. Pourtant ne semblent pas prendre en compte que babyblues renvoie non pas à douleur des retrouvailles avec l'objet mais à la séparation (féminité imaginaire? Masculinité reniée?)

- POST OPÉRATOIRE DIFFÉRÉ

- 3) La nouvelle naissance
- « C'est une naissance et en même temps, c'est comme si vous accouchiez de vous même » Problématique de la naissance associée à celle du meurtre. Ex: « Angèle est vraiment née quand Patrick est mort ».
- Extrait entretien post op: Parlant d'une infirmière chez qui elle avait repéré des qualités débordantes de maternité « elle ne comprenait pas qu'il fallait que je meure, je fondais en larmes devant elle, je lui demandais de me prendre dans les bras, de me faire des câlins mais pas pour me dorloter. J'avais besoin de mourir pour renaître en elle, comme si je pouvais me retrouver dans son utérus, j'avais besoin de renaître en Elle ». Moments de vacillements identitaires chez patientes qui vont bien

RENAISSANCE (SUITE)

- Problématique de la perte convoque affects dépressifs que les patientes gèrent en fonction de leurs ressources psychiques propres.
- Nouvelle naissance a toutefois besoin d'une origine, d'un créateur. Chirurgien souvent appelé à occuper cette place, « Papa » ou « Dieu ». Transfert massif à son égard. Le craignent, l'adorent, l'adulent et le détestent à la X. Attendent son approbation et compliments sur leur féminité. Devant lui, sont petites filles. Régression à état de petite fille ou ados: reconstruire qq chose de la psychogénèse du féminin.

4) RENCONTRE AVEC LA SEXUALITÉ FÉMININE

- Une fois fonctionnalité anatomique prononcée par chirurgien, questions sur la sexualité émergent et les déstabilisent.
- Féminin s'éprouve mais ne se parle pas, on est dans la sensation.
- Question de la jouissance occupe place prépondérante : « qu'est ce que c'est jouir comme une femme et comment ça se passe? » Enigme du féminin

LE VAGIN

- Déplorent son manque de profondeur qu'elles comparent avec la taille d'1 pénis (seins trop petits). Se placent du côté des hommes pour décrire leurs nouveaux attributs féminins.
- Se montre mais ne s'utilise pas « je le montre à tout le monde, comme un diplôme ». Le montre aux femmes pour vérifier sa crédibilité. Sexe exhibé sans aucune pudeur contraste avec angoisses de pénétration (intrusion du conformateur, spéculum, pénis lors d'1 rapport sexuel).
- Apparaît comme point de vulnérabilité et de fragilité, du côté du féminin.

RENCONTRE AVEC « FEMME SEXUELLE »

- Se tournent vers les femmes biologiques (médecins, assistantes, psychologues), puis femmes de leur entourage, pour tenter de leur extraire transmission du secret sur l'énigme du féminin.
- Cherchent confirmation auprès des femmes une fois l'égalité (égalité) anatomique posée entre nous.
- Dans les relations amoureuses avec les hommes, elles cherchent maintenant à être aimée comme une femme auprès des hommes. Ruptures avec le partenaire amoureux précédent sont fréquentes « la femme physique que j'étais devenue avait besoin de se réfugier dans les bras d'un homme, un vrai ».
- Ce nouveau positionnement dans le rapport à l'autre (sexe) semble les déstabiliser et elles commencent alors à se demander ce que veulent les hommes. Ex Sophia: dominante dans ses relations aux hommes « maintenant j'ai peur de tout perdre ». Passage de la Femme à une femme.

5) LA RECONNAISSANCE

- Une fois la réassignation inscrite sur le corps et au niveau symbolique (état civil), se poursuit la quête de la reconnaissance, cette fois-ci non plus comme transsexuelle mais comme femme.
- Sur registre du corps, quelque chose a du mal à s'inscrire et ont tendance à en demander toujours +: de seins, de jouissance, d'interventions chirurgicales à visée féminisante. Difficultés dans le passage d'une confirmation non plus de la féminité mais du féminin en tant que sexe établi.

RECONNAISSANCE SOCIALE:

- Adèle rappelle « le plus dur, ce sont les autres, la société, qui ne nous verra jamais complètement comme des femmes ».
- Doutes et craintes d'être démasquées ou trahies subsistent toujours. « il faut accepter d'être née garçon pour être enfin heureuse en tant que femme ».
- Remarque: + les patientes se défendent d'être nées garçon et + complications psychiques seront importantes. Si cette question n'est pas travaillée en amont, on ne fait que remplacer une souffrance par une autre.
- Question du regard occupe place centrale. Les voit-on comme des hommes ou comme des femmes? Beaucoup d'exemples d'actes de violence quand « regard de travers » comme si elles se sentaient annihilées. Impossibilité pour certaines de reconstruire une histoire quand refus du sexe de naissance: complications +++

DOULEUR

- Douleur n'est pas un facteur de mauvais pronostic, au contraire, elle permet de faire tenir quelque chose. Déplacement ce qui peut se dire à certains endroits et pas à d'autres.
- Pas de douleur sans médecine, fait tiers dans le rapport à l'autre, « plutôt rester malade que tomber guéri », donne consistance au Moi, plutôt ressentir de la douleur que du rien, du vide.
- Douleur accueillie à l'hôpital par le chirurgien, les infirmières, possibilité d'éprouver ces choses là. Lieu d'adresse de cette douleur. Merci aux équipes soignantes!

II. COMPLICATIONS PSYCHIQUES DESTRUCTURANTES

- Expérience en vie réelle est, de toute façon, une bonne indication des ressources dont disposent les patientes pour faire face à cet impossible féminité biologique.
- Angèle le remarque: « dans l'après, on a beaucoup de choses à régler avec nous mais aussi avec les autres. On est confronté au sexe mis au grand jour, dans notre tête, ça a finalement quelque chose de plus confortable. La on passe d'une intimité à une extériorité et il faut encore s'assumer ». Passage d'une revendication à un vécu féminin.
- Quand le vécu persécutif est déjà important pré-opératoire, il ne fait que se renforcer en postopératoire.

REGARD DE L'AUTRE, MARQUEUR IDENTITAIRE?

- Quand la recherche d'identité, de confirmation et reconnaissance passe uniquement par la confrontation avec le regard de l'autre, peut faire flamber idées persécutives en post opératoire, transposition du mauvais objet interne (sexe masculin) à objet externe.
- Peut revenir de l'extérieur sous forme délirante (ex: patiente harcelée par pénis)
- De toute façon, l'identité passe par l'Autre (parfois par l'équipe accompagnante)

CAS LAURE

EN QUOI L'INTERVENTION PEUT-ELLE VENIR ROMPRE UN ÉQUILIBRE DÉJÀ PRÉCAIRE?

- Inscription de la différence des sexes sur le corps réel fragilise voire anéantit une position de toute puissance. Jouissance perverse chez patientes de structure psychotique. Patientes qui jouaient sur les 2 registres, point de jouissance se situait dans le + qu'être une femme.
- Chez certaines, la rencontre avec une sexualité, autre qu'auto-érotique, provoque un sentiment de menace ou d'érotisation voire d'érotomanie.
- Emergence d'angoisses de dépersonnalisation en lien avec ce corps qu'elles ne reconnaissent plus, pas seulement dans transsexualisme mais aussi chirurgie esthétique.
- Patientes avec fort potentiel de dépression, facteurs vulnérabilité que l'intervention ne fait que renforcer.

CONCLUSIONS

- Est ce que les complications psychiques sont toujours repérables ? Beaucoup de choses se jouent et se mesurent dans l'après-coup. La difficulté de pouvoir anticiper quand on travaille avec le psychisme humain.
- Importance du suivi post opératoire toujours dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire. Le suivi ne s'arrête pas à l'opération. Difficulté pour certaines patientes à être suivies par l'équipe psy qui a fait l'évaluation.
- L'opération permet parfois de réinterroger leur histoire, leur rapport à l'autre et à elles mêmes, début d'un travail de psychothérapie. C'est parce qu'elle en passe par réel du corps qu'elle peuvent en parler.
- Beaucoup de destins heureux finalement mais l'accompagnement reste incontournable. Une nouvelle population arrive en consultation: ceux qui se sont fait opérer en Thaïlande!

- Merci de votre attention!